（様式第２号）（第４条関係）

（表面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **椎葉村子ども医療費給資格証** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 子ども | 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | 性別 |  |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 発行機関名 | | 宮 崎 県 東 臼 杵 郡 椎 葉 村 長 | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担額 | | 自己負担額　**０円** | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付負担者番号 | | ８ | １ | | ４ | | ５ | ０ | | ８ | | ２ | | ７ | | |

（裏面）

|  |
| --- |
| 注意事項  1　この証は、子ども医療費の給付を受けることができることを示す証ですから、大切に保持して下さい。  2　宮崎県内の保険医療機関等（熊本県においては山口医院・まこと薬局）で子どもが治療を受ける場合は、その窓口で被保険者証（又は組合員証）と共にこの証を必ず提示してください。  3　宮崎県外の医療機関等で子どもが治療を受ける場合は、窓口で一部負担金を支払って下さい。  4　子ども又は保護者の住所、氏名、加入医療保険若しくはその内容に変更があった場合は椎葉村福祉保健課で変更の手続きをして下さい。  5　助成期間終了及び転出等の理由により受給資格を喪失した場合は、速やかに返納して下さい。  6　保険者から支給された高額医療費・付加給付は椎葉村へ返納して下さい。  7　医療保険の給付対象とならないものは、本人の自己負担となります。  8　詳しくは、椎葉村福祉保健課福祉係にお尋ね下さい。  電話（0982）- 68 - 7512 |